

**ANNÉE 1971**

**THESE**

N°

POUR LE

**DOCTORAT EN MÉDECINE**

(Diplôme d'État)

PAR

**Jacques SORET**

Né le 24 Fevrier 1942 à Boulogne-sur-Seine

*PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE : . . . . .*

**CONDYLOMES ACUMINES PERI-ANAU**

**CHEZ LES ENFANTS**

**(à propos de 17 cas)**

Président : M. LOYGUE, Professeur



FACULTE DE MEDECINE SAINT-ANTOINE PARIS

=====

ANNEE : 1971

Nº

THESE

pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

par

Jacques SORET

né le 24 Février 1942 à Boulogne sur Seine

=====

Présentée et soutenue publiquement le :

CONDYLOMES ACUMINES PERI-ANAU

CHEZ LES ENFANTS

(à propos de 17 cas)

=====

Président : M. LOYGUE

Professeur

SCOTT SMITH, M.D., F.R.S.E., F.R.S.

1874-1875

1874

1875

1874

1875

1876

1877

1878

1879

1880

1881



1882

1883

1884

1885

1886

1887

1888

UNIVERSITE DE PARIS VI  
FACULTE DE MEDECINE SAINT-ANTOINE

=====

Professeurs titulaires :

|              |                                    |
|--------------|------------------------------------|
| MM. ANDRE R. | Hématologie                        |
| ERISSAUD H.  | Pédiatrie                          |
| EROCARD R.   | Médecine                           |
| BUGNARD L.   | Biophysique                        |
| CAROLI J.    | Médecine                           |
| CERBONNET G. | Chirurgie                          |
| CHERIGIE Ed. | Radiologie                         |
| CHIGOT P.L.  | Chirurgie infantile                |
| CONTE M.     | Médecine                           |
| DAGUET L.    | Bactériologie                      |
| DEBRAY J.    | Médecine                           |
| FLABEAU F.   | Chirurgie                          |
| GERBEAUX J.  | Thérapeutique                      |
| GOSSET J.    | Chirurgie                          |
| HUGELIN A.   | Physiologie                        |
| LAPLANE R.   | Pédiatrie                          |
| LELORIER G.  | Obstétrique                        |
| LOEPER J.    | Médecine expérimentale-Immunologie |
| LOYGUE J.    | Chirurgie                          |
| MAROIS M.    | Histologie                         |
| MERGER R.    | Obstétrique                        |
| MILHAUD G.   | Biophysique                        |
| NICK J.      | Neurologie                         |



|                    |                       |
|--------------------|-----------------------|
| MM. ORCEL L.       | Anatomie Pathologique |
| PERRAULT M.        | Médecine              |
| POLONOVSKI Claude  | Pédiatrie             |
| POLONOVSKI Jacques | Biochimie             |
| RICHET G.          | Néphrologie           |
| WOLFROMM R.        | Médecine              |

#### Professeurs sans chaire

-----

|               |               |
|---------------|---------------|
| MM. CHALUT J. | Radiologie    |
| CHAPUT A.     | Stomatologie  |
| GIRARD F.     | Physiologie   |
| GOLVAN Y.J.   | Parasitologie |
| LESTRADET H.  | Pédiatrie     |
| PICARD J.     | Biochimie     |
| ROUX Ch.      | Embryologie   |

#### Maîtres de Conférences

-----

|              |                 |                  |             |
|--------------|-----------------|------------------|-------------|
| MM. AKOUN G. | Médecine        | MM. GUIRAUDON G. | Anatomie    |
| ARDAILLOU R. | Physiologie     | HERMAN D.        | Médecine    |
| BAUX S.      | Chirurgie       | HUGUET C.        | Chirurgie   |
| BITKER M.    | Urologie        | JACQUILLAT C.    | Hématologie |
| BOURY G.     | Chirurgie       | LASFARGUES G.    | Pédiatrie   |
| BRICOUT F.   | Bactério. Virol | LEVY V.G.        | Médecine    |
| CATINAT J.   | Médecine        | MALAFOSSE M.     | Chirurgie   |
| CHEYMOL G.   | Pharmacologie   | MENSCH B.        | Biophysique |
| CHOUARD CI.  | O.R.L.          | MERY J. PH.      | Néphrologie |
| CLOAREC M.   | Médecine        | Mme MIGNON Fr.   | Néphrologie |
| CONTAMIN F.  | Médecine        | PIERON R.        | Médecine    |



|               |               |                |                       |
|---------------|---------------|----------------|-----------------------|
| MM. CÔSCAS G. | Ophtalmologie | MM. POULET J.  | Médecine              |
| DAUTRY P.     | Chirurgie     | RAMPINI Cl.    | Biochimie             |
| DELIGNE P.    | Anesthésiol.  | RICHARDET J.M. | Pédiatrie             |
| DOYEN D.      | Radiologie    | Mme ROLAND J.  | Anatomie Pathologique |
| DRY J.        | Médecine      | SALAT J.       | Obstétrique           |
| DUHAMEL G.    | Hématologie   | SALMON Ch.     | Hématologie           |
| FOUET P.      | Thérapeutique | SANTARELLI J.  | Obstétrique           |
| GAUTIER H.    | Physiologie   | WARGON H.      | Médecin expérim.      |
| GUILMET Cl.   | Anesthésiol.  | WEINMANN S.    | Biochimie             |

Digitized by the Internet Archive  
in 2026

Enseignants Associés

-----

M.C.A. Associé - M ELIAKIS Em.

Médecine Légale

Enseignants Contractuels

-----



A ma femme.

A ma famille.



A Monsieur le Professeur LOYGUE J.

Doyen de la Faculté Saint-Antoine  
Chirurgien des Hôpitaux

Qui nous a fait le grand honneur d'accepter la présidence de  
cette thèse.

Qu'il veuille bien accepter ici l'expression de notre profond  
respect.



Au Professeur Agrégé Jean DUHAMEL

Médecin des Hôpitaux

Nous lui exprimons toute notre reconnaissance  
pour l'intérêt qu'il pris dans la réalisation  
de notre thèse.



Au Professeur Agrégé GUILMET

Qui nous a judicieusement conseillé et guidé  
au cours de nos études.

Qu'il trouve ici l'expression de notre profonde  
reconnaissance



Aux Docteurs NGO et TRAN

Qu'ils trouvent ici nos plus vifs remerciements  
pour l'appui et leurs conseils pour la réalisation  
de notre thèse.



A nos Maîtres dans les Hôpitaux de Paris

Que tous trouvent ici l'expression de ma gratitude pour l'enseignement que j'ai recueilli auprès d'eux.



## P L A N

=====

### - Introduction

### - Etude générale

- 1 - symptomatologie
- 2 - histologie
- 3 - diagnostic différentiel
- 4 - étiologie

a - les généralités

b - l'agent pathogène

c - les causes favorisantes

### - Présentations des observations

- 1 - caractères fondamentaux issus de ces observations
- 2 - critique sur l'aspect vénérien des condylomes

### - Conclusions

=====



# C O N D Y L O M E S   A C U M I N E S   P E R I - A N A U X

## C H E Z   L E S   E N F A N T S

=====

(à propos de 17 cas)

O                    O

O

### INTRODUCTION

Avant d'engager tout propos sur les condylomes acuminés péri-anaux chez les enfants, il nous semble indispensable de rappeler certains points concernant cette affection en général.

Nous aborderons donc dans un premier temps brièvement :

- la symptomatologie
- l'histologie
- le diagnostic différentiel
- l'étiologie

Dans un second temps, nous présenterons les différents cas que nous avons pu recueillir, dans lesquels nous essayerons d'isoler les caractères essentiels.

Le troisième chapitre sera composé d'une conclusion critique.



## A - ETUDE GENERALE

### 1 - SYMPTOMATOLOGIE

Cliniquement, leur aspect est bien connu : appelées vulgairement "crêtes de coq" ou encore végétations vénériennes, les condylomes acuminés se développent tout d'abord en petites excroissances grenues, rosées et multiples pour se grouper par la suite en un amas mamelonné, touffu, dit en "chou-fleur".

Chez l'homme, ils siègent sur le gland, le fourreau, le sillon balanopréputial, les zones périgénitales; chez la femme, on les rencontre au niveau de la vulve, les grandes lèvres, les petites lèvres, s'étendant parfois de façon importante à tout le périnée.

Chez les deux sexes, ces condylomes peuvent siéger à l'anus, à la marge anale, sur les plis; l'extension au canal anal est latente mais assez fréquente, dépassant rarement la ligne pectinée du canal anal. Toutefois, cette localisation est bien plus rare.

Certains faits caractéristiques font de ces affections une entité particulière :

- la souplesse de ces condylomes tant en surface qu'à la base
- il n'existe ni érodation, ni ulcération
- enfin, il n'y a pas d'adénopathie satellite.

En fait, ces condylomes sont souvent une découverte fortuite n'entraînant qu'une gêne minime.

D'après l'expérience des cliniciens, l'évolution se fait en général vers l'extension; les récides sont fréquentes après traitement et l'on peut constater des guérisons spontanées non exceptionnelles.



## 2 - L'HISTOLOGIE

pose rarement de problème.

On y trouve des formations exophytiques axées sur les papilles dermiques exubérantes, congestives et inflammatoires.

L'épithélium de revêtement est très hyperplasique marqué par une hyperacanthose avec, semble-t-il, de nombreuses mitoses dans la région basale mais aussi haut dans le corps muqueux de Malpighi.

On note une hyperkératose discrète (la kératine étant vraisemblablement lysée par la macération).

## 3 - LE DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL

ne se pose pratiquement pas, néanmoins l'on peut discuter dans certains cas douteux avec :

- les caroncules myrtiformes : qui sont de petites formations arrondies, lisses et rosées comme le reste de la muqueuse.
- les syphilides secondaires papulohypertrophiques qui ressemblent à des condylomes plats seront reconnues à leur odeur si particulière et à l'association d'autres lésions syphilitiques, d'ailleurs, une sérologie saura écarter le doute.
- Par contre, des végétations ulcérées exceptionnelles peuvent simuler un chancre.
- rappelons l'existence des condylomes chancreloux rarissimes.
- quant au Paget extramammaire à localisation anale, il se présente comme un placard érythématosquamocrouteux bien limité et prurigineux ne pouvant se confondre avec un condylome acuminé péri-anal.
- la maladie de Bowen, peut faire douter bien que cette érythrophasie où la localisation anale et génitale soit rare : en effet, les éléments érythrophasiques peuvent être unique ou multiple (deux, quatre, cinq, jusqu'à neuf éléments) mais lisses ou fine-



nement papillomateux d'aspect brillant, à relief à peine marqué.  
- les épithélioma pagétoïdes ne posent pas de problème.  
- enfin, nous pouvons citer le cas singulier d'un sarcome lymphoïde anal recueilli par le Professeur Agrégé Jean Duhamel.

#### 4 - L'ETIOLOGIE

Nous verrons successivement :

- les généralités
- l'agent pathogène
- les causes favorisantes.

##### a) Les généralités

Classiquement, l'origine vénérienne de ces condylomes est admise souvent pour les raisons suivantes :

- ils se voient essentiellement en période d'activité génitale,
- ils accompagnent volontiers la gonococcie, la prostitution, la sodomie, etc...

De plus, des arguments bibliographiques viendraient étayer cette thèse :

En 1954, les statistiques de Barret, Silber et Grunley portèrent sur 24 femmes dont les maris contractèrent des végétations vénériennes pendant leur séjour à l'armée. Tous admirèrent avoir eu des rapports avec des femmes natives du pays. L'apparition des lésions chez ces femmes fut notée quatre ou six semaines après le retour de leurs maris.

Ces trois auteurs conclurent à la nature infectieuse de la maladie et que son mode de transmission se faisait par les rapports sexuels.

Pour compléter cette bibliographie, en 1919, René Raoul, Seguin et Logeais annoncèrent que les papillomes buccaux et laryngés seraient de la même nature que les condylomes; ceci fut



confirmé par Messieurs Gourgerot et Carteaud, en 1946, qui présentèrent un malade avec une végétation du filet linguale dont la contamination vénérienne aurait été avouée.

En fait, de multiples arguments cliniques et biologiques indiquent qu'il s'agit d'une affection à contamination auto-inoculable et plus rarement hétéroinoculable, contrairement aux idées admises jusqu'ici.

La discussion peut être ouverte devant de multiples faits :

- tout d'abord l'âge; nous en voyons chez l'enfant, le nourrisson et même chez le nouveau-né (nous reviendrons plus longuement sur ce sujet),

- puis la contagion; en effet, nous en rencontrons fréquemment chez un seul partenaire, l'autre restant indemne.

- le troisième fait est que les condylomes apparaissent puis augmentent en nombre et en taille au cours de la grossesse, parfois sans atteinte vénérienne du mari pour disparaître spontanément quelques temps après l'accouchement.

- ensuite, nous observons une fréquence marquée des condylomes chez les porteurs de verrues. Diday trouvait 47 porteurs de verrues sur 55 malades atteints de végétations.

Audry remarquait déjà l'origine des trois quart des condylomes dans les verrues qu'auraient présentées dans leur enfance les sujets atteints.

- enfin, il n'existe aucune corrélation entre les affections vénériennes connues et les condylomes acuminés.

#### b) L'agent pathogène

Nous allons maintenant prouver que l'agent pathogène est un virus filtrant et essayer dans un autre temps de cerner le problème sur le mode de contag.

L'opinion sur le rapport des papillomes s'est affirmée



sur la parenté qui existait entre condylomes et verrues vulgaires. Il semble bien qu'une verrue puisse provoquer l'apparition d'un papillome et inversement.

Bargues, après Diday et Audry, trouve des verrues chez 44 individus, sur 48 porteurs de végétations.

Dès 1917, Waelsch a employé un broyat de condylome du prépuce d'un jeune homme et se l'est transplanté au moyen de frictions sur des endroits scarifiés au niveau de son avant-bras; également sur celui de son assistant. Il effectua la même expérience sur la face interne des petites lèvres d'une vierge.

Au bout des deux mois et demi à neuf mois, apparurent sur les petites lèvres de la jeune fille des condylomes, et sur les avant-bras de Waelsch et de son assistant, des verrues planes.

Serra, en 1924, démontre qu'un ultrafiltrant d'un broyat de condylome produit des verrues.

Ainsi est prouvée l'origine virale de l'agent pathogène de ces deux affections.

En 1958, Kligman reprend ces travaux expérimentaux, confirme les résultats des auteurs précédents et trouve que l'incubation est longue (en moyenne de 6 mois).

Des lésions créées pour faciliter l'implantation (bulle à cautharidine, dermabrasion) ne favorisent en rien le développement des condylomes, mais nous verrons plus loin que la macération, l'humidification sont des facteurs contribuant à leur croissance.

Récemment, en 1968, Dunn et Ogilvie ont découvert l'agent pathogène au microscope électronique : il s'agit d'un virus à DNA sans capsule, du groupe des virus de papillome, identique à celui des verrues vulgaires siégeant dans le noyau des cellules malpighiennes. Quant à la théorie du spirochète de Schaudinn, Hoffmann, Favre et Civatte, elle est maintenant rejetée. Pourtant, Rudloff,



en 1948, sur 11 cas, avait isolé effectivement le bacille fusiforme de Vincent : Treponema calligra; il admettait déjà qu'il s'agissait d'une infection secondaire favorisée par la macération.

Actuellement, tous les auteurs accueillent favorablement la théorie virale comme seule valable.

### c) Les causes favorisantes

- l'âge,
- le sexe,
- la grossesse,
- la malpropreté,
- le facteur de réceptivité individuelle.

#### - L'âge

Tout d'abord la fréquence moyenne se situe essentiellement entre dix huit et quarante cinq ans. Selon Bargues, 47 % des cas se placent entre vingt et vingt cinq ans. Au dessus de 45 ans, l'apparition de papillomes anaux est très rare; cependant, nous en connaissons plusieurs observations : la première chez un homme de la cinquantaine.

Mr LA... (observation personnelle); une autre, Mr PL... 60 ans, et aussi chez Mesdames FO... Antoinette 56 ans, RU... Andrée 58 ans, toutes deux femmes ménopausées (observations de Monsieur le Professeur Agrégé Jean Duhamel).

L'apparition de condylomes acuminés péri-anaux chez les enfants est exceptionnelle. Vers 1950, on trouvait à peine une trentaine d'observations dans la littérature mondiale. Tournaine, vers cette époque, citait le cas d'une fillette de 9 ans atteinte de végétations à l'anus, coexistant d'ailleurs avec des verrues vulgaires des mains.

Un cas a été rapporté par Thiers, Racouchot et Favre, Gilly concernant une observation de végétations péri-anales chez



un nourrisson de deux mois : une primipare était en fin de grossesse lorsqu'elle vit sa vulve, son vagin tapissés de végétations.

Elle accoucha normalement, chose curieuse les condylomes regres-  
sèrent spontanément. Mais, deux mois plus tard, on constata chez  
le nourrisson, jusque là entièrement sain, l'apparition d'un pa-  
pillome péri-anal qui fut attribué à la contamination par la  
filière génitale au moment de l'accouchement.

Une idée nous vient à l'esprit d'emblée ? La contamina-  
tion ne s'est-elle pas réalisée "in utéro", du fait même de la  
nature de l'agent pathogène qui est un virus ultra-filtrant, mais  
aucune réponse expérimentale n'a encore été donnée jusqu'à ce jour.

#### - Le sexe

Il agirait peu. Nous rencontrons ces affections de la  
même façon dans les deux sexes, d'ailleurs nous le verrons égale-  
ment chez les enfants. Nos constatations chez les adultes concor-  
dent avec celles des dermatologistes.

#### - La grossesse

D'après la thèse de Madame Lejet, en 1956, la grossesse  
serait un facteur favorisant. L'auteur présente 6 cas de femmes  
enceintes qui ont vu au cours de leur grossesse apparaître des  
condylomes.

Cinq femmes eurent un accouchement correct, une seule,  
par suite de végétations géantes encombrant la filière génitale,  
eut recourt à la césarienne; d'ailleurs elle eut une nouvelle  
grossesse et ses papillomes retrocédèrent spontanément.

Dans trois cas sur six, il y eut des récides, un resta  
stationnaire après traitement, un troisième résista à la thérapéu-  
tique, enfin le dernier guérit spontanément.

De toute évidence, les papillomes sont grandement influ-  
encés par la gravidité. La grossesse apparait, cependant, simplement



comme un facteur prédisposant et non comme un facteur étiologique.

Cette exagération s'explique :

- d'une part par la fréquence et l'abondance des leucorrhées chez ces femmes, favorisant la "macération",
- d'autre part, par l'hypervascularisation des organes génitaux externes et internes.

- La malpropreté

ne semble pas particulièrement accroître l'apparition des condylomes (nous en découvrons dans tous les milieux) et des irritations expérimentales (bulle à la cantharidine, dermabrasion) n'ont pas aidé à l'implantation de végétations.

- Le facteur de réceptivité individuelle

Selon Rudloff interviendrait une réceptivité individuelle chez certains sujets. Des constatations ont appris que certains individus pouvaient avoir des rapports avec des porteurs de papillomes génitaux ou anaux sans jamais en présenter eux-mêmes, d'autres, au contraire, seraient d'une extrême sensibilité vis à vis de ces tumeurs. Le problème est d'ailleurs identique chez les porteurs de verrues vulgaires.

Mais la cause de cette réceptivité particulière paraît difficilement décelable. Monsieur le Professeur Agrégé Duhamel émit quelques idées à ce sujet. Ce tropisme particulier, pour certains gens, pourrait-être en rapport avec :

- la génétique du sujet,
- son groupe sanguin.
- voire son groupe salivaire,

mais, actuellement, ces suppositions n'ont pas encore trouvé de solutions.



## B - PRESENTATION DES OBSERVATIONS

Cependant ce critère est un point fondamental que nous reprendrons dans notre étude chez les enfants.

Maintenant, il nous sera plus aisé d'envisager les différents cas qui nous intéressent, c'est à dire les enfants. Nous essayerons de proposer quelques critiques quant à l'étiologie, non pas proprement dite (en effet, la nature virale est prouvée) mais plutôt à la notion de contagé qui, ici, prend toute son importance.

Nous allons présenter, recueillies de quatre sources différentes, les observations de dix sept cas, s'étalant de 1954 à 1970.

1<sup>er</sup> cas - Professeur Agrégé Jean Duhamel. Hôpital des Enfants Malades.

- YO... Joëlle - 3 ans 1/2 -

En Novembre 1954, la maman s'aperçut de la naissance d'excroissances péri-anales. Un traitement par la pommade à la podophylle fut entrepris. Un an plus tard, il n'y eut aucun résultat après ce traitement. L'électrocoagulation fut décidée et la guérison fut totale.

L'état général était satisfaisant, aucun trouble du transit fut à noter.

1<sup>er</sup> cas - Professeur Agrégé Jean Duhamel. Hôpital des Enfants Malades.

- BRU... Josiane - 8 ans -

En Mars 1955, découverte de végétations péri-anales. Les lésions évoluaient depuis deux mois.

De plus, cette petite fille souffrait d'une vulvite et d'une leucorrhée depuis plus de six mois.

Dans les antécédents, on ne retenait que deux choses :

- le frère était atteint d'un hypospadias,
- la mère présentait une leucorrhée.



Quant à la thérapeutique, nous n'avons pu avoir aucun renseignement.

3<sup>e</sup> cas - Professeur Agrégé Jean Duhamel. Hôpital des Enfants Malades.

- HU... Danielle - 8 ans -

En Octobre 1957, cette enfant fut traitée pour sinusite, en cure thermale.

A son retour, l'on découvrit des tuméfactions de la marge de l'anus, de type condylome, s'associant à un prurit, à des leucorrhées jaunâtres voire verdâtres. Parfois un peu de sang tachait son linge.

Les antécédents personnels et familiaux ne montraient rien d'anormal; en outre, la mère ne se plaignait d'aucun trouble d'aucune leucorrhée.

L'examen indiquait, en dehors des végétations typiques, une vulvite assez prononcée.

Nous n'avons pu connaître le traitement entrepris.

4<sup>e</sup> cas - Observation personnelle du Professeur Agrégé Jean Duhamel.

- PIC... Agnès - 4 ans 1/2 -

Mai 1959. Une année auparavant, la mère vit apparaître en quelques jours une petite tuméfaction au bord de l'anus de son enfant, sans douleur, ni saignement.

Un traitement par pommade la fit diminuer de volume mais non disparaître complètement.

Une électrocoagulation fut décidée et pratiquée avec succès.

Mais, un an plus tard, l'on constata une récidence à quelques centimètres plus loin de la lésion initiale.

Une seconde électrocoagulation la fit disparaître. Puis en Avril 1959, on vit apparaître de nombreuses petites tumeurs (huit furent comptées), augmentant de volume rapidement pour enfin devenir stationnaires.

Aucune douleur, pas de diarrhée, pas de constipation; par contre, une oxyurose fut notée. Simplement l'enfant se plaignait d'une gêne en faisant de la bicyclette.



L'examen montra une vulvite cernée par huit végétations espacées en deux zones distinctes. Dans les antécédents, nous ne retrouvons que des pertes chez la mère.

Le traitement entrepris fut le suivant :

- pommade à la podophylline, si échec, une électrocoagulation s'imposera

- lactacide ) pour enrayer la vulvite
- Eosine à 2 % )

La mère fut traitée par antibiothérapie.

Avec une bonne hygiène des ongles et des mains, chez la mère et l'enfant, les résultats furent satisfaisants.

5<sup>e</sup> cas - Observation personnelle du Professeur Agrégé Jean Duhamel.

- CEL... Elisabeth - 4 ans -

Juillet 1960. Depuis deux mois, l'enfant présentait des excroissances de chair autour de l'anus, n'entraînant ni douleur, ni saignement, ni suintement.

Cette fillette semblait en bon état général sans diarrhée ni vomissement.

Elle était sous la surveillance d'une domestique.

L'examen décela des végétations à virus à droite et à gauche de l'anus, empiétant même un peu dans le canal anal.

Il n'y avait rien à signaler au point de vue des antécédents.

En conclusion, l'on décida de les électrocoaguler sous anesthésie locale, en attendant, un léger traitement par éosine à 2 % et savon dermacide fut entrepris. L'intervention eut lieu le 8 Juillet.

Le 12 Juillet, tout était satisfaisant.

Le 20 Juillet, cela évoluait bien, mais un "syndrome peur d'aller à la selle" s'instaura et l'on fut dans l'obligation de coaguler trois microrécidives. De la formule Jacquemaire est ajoutée en plus au traitement.

Le 13 Septembre 1960, cette enfant crie toujours pour la défécation, une nouvelle récurrence survient avec vaginite, vulvite à coli-bacille. Nouvelle électrocoagulation sous anesthésie locale. A cette époque, l'on pensait déjà à une contamination possible par



la jeune fille s'occupant d'elle. En effet, cette personne présentait une vulvite mais sans condylome.

Nous verrons que cette supposition n'est guère valable.

6<sup>e</sup> cas - Observation personnelle du Professeur Agrégé Jean Duhamel.

- MAR... Patrick - 3 ans -

Mars 1962. Depuis plus d'un mois, ce petit garçon présente autour de l'anus des végétations qui grossirent rapidement. On effectua une électrocoagulation. Depuis cette intervention, ce malade souffrit d'une constipation réactionnelle due à une douleur intolérable au moment de chaque selle.

En Octobre 1962, pendant cinq jours, il eut une émission de sang par l'anus avec des récidives de condylomes acuminés péri-anaux. L'enfant resta très nerveux et subfébrile oscillant autour de 37° - 38°.

La mère s'occupait de l'enfant et ne présentait pas de trouble d'ordre gynécologique ou autre.

La conclusion qui s'imposa fut la réintervention avec un traitement médical ajouté à type d'huile de foie de morue, de formule Jacquemaire.

7<sup>e</sup> cas - Observation personnelle du Professeur Agrégé Jean Duhamel.

- BOI... Marie Luce - 8 ans -

Janvier 1962. Découverte de petites tuméfactions péri-anales qu'un chirurgien enleva sous anesthésie générale.

Trois semaines après son retour de la clinique, l'on remarque des récidives qui continuent de progresser en nombre et en grosseur malgré un traitement adéquat à la pommade de podophylline.

Une constipation persista mais, ni prurit, ni suintement se révélèrent.

On ne retrouve d'ailleurs pas d'antécédents notables chez la mère.

Un examen soigneux montrait une dizaine d'éléments hyperplasiés sur la marge de l'anus. L'anuscopie ne décelait aucune anomalie dans le canal anal.

Une vulvite suffurée accompagnait ces condylomes ainsi qu'un érythème local important.



Le traitement s'est fait en deux temps, tout d'abord chirurgical : ablation immédiate sous anesthésie locale; puis médical associant un lavage au dermicide, mercurochrome ou éosine à 2 %.

Avril 1962. Récidive de deux petits éléments s'associant, là encore, à une vulvite et vaginite purulente survenant par poussée.

Le traitement fut identique et enfin efficace.

8<sup>e</sup> cas - Professeur Agrégé Jean Duhamel. Hôpital des Enfants Malades.

- MIN... Thierry - 4 ans -

Juin 1963 - Chez cet enfant l'on distingua de multiples excroissances papillomateuses à la marge de l'anus. Nous ne retrouvons pas de notion familiale de contamination si ce n'est que la mère a des leucorrhées depuis plusieurs mois, mais pas de végétations.

L'examen montra 6 éléments à gauche et 6 à 8 à droite de l'anus, un autre groupe siégeant à la partie postéro-inférieure de la marge.

Le traitement fut progressif : tout d'abord formule Jacquemaire et verrulyse par os, puis pommade Feuillet à la podophylline et enfin l'électrocoagulation.

9<sup>e</sup> cas - Observation personnelle du Professeur Agrégé Jean Duhamel.

- BER... Nathalie - 3 ans -

Juin 1964. On découvrit, un mois auparavant, de petites "verrues" siégeant au bord de l'anus qui se multiplièrent et grossirent depuis.

La petite patiente ne se plaignit d'aucune douleur, d'aucun saignement, d'aucun suintement. En même temps, la mère n'avait pas de troubles gynécologiques, mais elle fut traitée antérieurement pour hémorroïdes ainsi que son mari. Par contre, il semblerait que la grand-mère ait présenté quelques végétations à virus. L'examen de l'enfant prouvait l'existence de nombreuses petites végétations s'insinuant même dans l'anus, par contre l'on ne trouvait pas de vulvite.

Le traitement se fit par coagulation sur 7 à 8 centimètres de surface après anesthésie locale à la xylocaïne à 2 %.



10<sup>e</sup> cas - Observation personnelle du Professeur Agrégé Jean Duhamel  
- SCHL... François - 2 ans 4 mois -

Mai 1965. Au début de février, apparition de petites végétations à l'anūs qui furent enlever "au fil", sans aucun résultat car elles progressèrent et se multiplièrent de façon régulière. L'on déclare que la podophylline est impossible à pratiquer car l'enfant se débat. Un traitement homéopathe fut institué, sans succès, pendant trois semaines, alors on tenta Virustat, Verrulyse sans résultat, une nouvelle augmentation fut même constatée.

On nota des végétations anales chez le père, négligées depuis 10 ans; la mère présentait des verrues plantaires et des verrues vulgaires aux mains, enfin, apparition de troubles gynécologiques dont la nature n'a pu être précisée.

L'on appris qu'une bonne s'occupait également de cet enfant unique.

L'examen précisa qu'il s'agissait de papillomes d'allure très serrés en deux prises au dessus de la ligne anorectale. Quatorze éléments ont pu être comptés, avec quelques ganglions banaux.

Le traitement se fit par coagulation sous anesthésie locale, en deux fois, à huit jours d'intervalle.

15 Juin 1965. Le premier côté traité est à peu près satisfaisant mais l'autre est encore soumis à un processus inflammatoire entraînant un suintement et des selles douloureuses. Malgré un très bon état général, l'on distingua l'apparition de quelques éléments résiduels.

Mais, un mois et demi plus tard, récurrence d'une vingtaine de petits éléments que l'on coagule sous cinq centimètres cubes d'anesthésie locale, avec deux injections à la racine des bourses.

La cicatrice fut belle pendant longtemps, gardant simplement un aspect rosé par endroit.

Hélas ! une nouvelle récurrence, avec prurit nécessita une nouvelle intervention en Novembre 1965 sur une douzaine de papillomes à distance et proche de l'anūs.

Donc après plusieurs récurrences l'enfant fut définitivement guéri mais un traitement médical s'imposa encore pendant trois semaines à type de Virustat, deux comprimés par jour, et de la formule Jacquemaire.



11<sup>e</sup> cas - Professeur Agrégé Jean Duhamel. Hôpital des Enfants Malades.

- DEL... Frédéric - 7 ans -

Janvier 1969. Depuis deux mois, cet enfant souffrait de végétations péri-anales augmentant sans cesse et occasionnant une gêne; un syndrome douloureux et une diarrhée survenant fréquemment.

Cet enfant diabétique ayant une insulinothérapie autour de 25 unités avait un bon état général.

La mère était la seule personne à s'occuper de lui et ne souffrait pas de leucorrhée, ni de troubles gynécologiques.

La thérapeutique fut une électrocoagulation et il n'y eut pas de récurrence.

12<sup>e</sup> cas - Observation du Docteur Ngo, assistant du Professeur Duhamel.

- BAS... Philippe - 18 mois -

Août 1970. Depuis cinq à six mois, sa mère remarqua des éléments saillants au niveau de la marge de l'anus avec prurit anal n'entraînant ni saignement, ni trouble du transit.

Au point de vue antécédents, on ne retrouva rien.

L'examen apprenait qu'il s'agissait de végétations "énormes" débutant seulement par 2 à 3 éléments, s'aggravant rapidement, c'est à dire en deux mois.

L'anuscopie ne trouvait pas d'atteinte au dessus de la ligne pectinée.

Une conclusion dermatologique s'imposa devant l'importance des lésions pour décider de l'opportunité d'un traitement par podophyl-line.

Nous ne savons pas le résultat de la thérapeutique.

13<sup>e</sup> cas - Docteur Ngo, assistant du Professeur Duhamel.

- BLA... Dominique - 8 ans -

Février 1969. Depuis trois mois, constitution chez cet enfant de condylomes péri-anaux s'aggravant sans cesse, en taille et en nombre. Bien que le transit intestinal soit normal, il existait un prurit anal. Pas de sang, ni suintement.



L'examen prouvait la présence de bourgeons papillomateux à gauche, et un seul à droite, l'anuscopie complétant l'examen en confirmant qu'il n'existait pas de lésion au-dessus de la ligne pectinée.

La coagulation au bistouri électrique sous anesthésie locale ne laissait, quinze jours plus tard, qu'une cicatrice en parfait état.

14<sup>e</sup> cas - Observation du Professeur Agrégé Jean Duhamel.

- CHE... Olivier - 2 ans 1/2 -

Février 1970. Depuis deux mois, l'on découvrit chez ce jeune enfant l'apparition de petites grosseurs "comme des verrues" autour de l'anus, sans douleur, ni diarrhée, ni constipation mais avec un prurit anal.

La maman ne présente ni condylome, ni perte, ni troubles gynécologiques.

Les autres antécédents ne retrouvent qu'un frère bien portant.

L'examen décela une dizaine d'éléments espacés, sur le pourtour de la région anale. La fulguration en une fois élimina toutes les végétations. Il n'y eut pas de récurrence.

15<sup>e</sup> cas - Observation du Docteur Tran, dermatologiste, attaché de consultations à St Antoine.

- J... Véronique - 4 ans -

Il découvrit chez cette petite fille des lésions papillomateuses : petits papillomes de petite taille, isolés, au nombre de 6 à 8, sur la peau péri-anale et la demi-muqueuse anale. Egalement, elle présente des verrues aux mains et des petits condylomes sur les deux lèvres.

Les antécédents précisent qu'elle a des frères et des sœurs atteints de verrues vulgaires et plantaires.

Un traitement par l'azote liquide l'a guérie en deux séances.

16<sup>e</sup> cas - Observation du Docteur Tran, dermatologiste, attaché de consultations à St Antoine.

- F... Hélène - 6 ans -

L'examen montra des lésions condylomateuses de très petite



taille et isolées autour de l'anus et sur la demi-muqueuse, datant de plus de 18 mois. Ses antécédents ne trouvent pas l'existence de verrues concomittantes, mais la présence de deux verrues plantaires chez son frère. La thérapeutique se fit par application de neige carbonique et l'enfant fut guérie en trois séances.

17<sup>e</sup> cas - Observation du Professeur Agrégé Jean Duhamel.

- CAN... Pascal - 8 ans -

Depuis sa naissance, ce jeune garçon a eu un "bouton" sur la fesse qui a augmenté sans cesse et qui a été traité par un dermatologue.

Puis brutalement en Avril 1970, découverte de nombreuses "crêtes de coq" à la marge anale.

On ne retrouve aucun antécédents familiaux. Ce jeune enfant a été traité par fulguration avec succès.

Actuellement, on ne décèle aucune récurrence.

Après l'exposé des 17 cas, nous allons faire la synthèse des caractères fondamentaux découlant de ces observations.

Nous l'étudierons en deux points :

- Le premier établira les données de cette recherche,
- le second fera une critique de tous les éléments, en les confrontant avec les caractères généraux de cette maladie.

Donc :

#### I - Caractères fondamentaux issus de ces observations.

Sur seize ans, de 1954 à 1970, nous n'avons pu recueillir que 17 cas, soit un cas par an; ce qui est peu et que nous pouvons tabler évidemment d'exceptionnel. Mais, comparativement au chiffre de 1948 (voire Rudloff) qui établissait à une trentaine le nombre d'observations issues de la littérature mondiale. Il semble donc que la maladie devienne plus fréquente, ce qui confirmerait le constat des dermatologistes tendant à prouver que la maladie "des verrues" soit en nette progression. En effet, tant chez les adultes que chez



les enfants, l'apparition de verrues ou de condylomes acuminés génitaux et anaux semblent bien plus fréquents qu'il y a quelques dizaines d'années.

Ceci étant posé, nous aborderons, successivement, les différents caractères.

a) L'âge

D'après nos observations, l'apparition des lésions se situerait dans deux tranches d'âge :

- entre 18 mois et 4 ans,
- et vers 8 ans

inégalement réparti :

- 10 cas entre 18 mois et 4 ans  
dont : - un à 18 mois,
  - deux vers 2 ans,
  - trois vers 3 ans,
  - quatre vers 4 ans.
- 7 cas vers 8 ans.

D'après ces résultats, nous en déduisons que la fréquence maxima chez les enfants prédomine dans la petite enfance.

b) Le sexe

Comme chez les adultes, le sexe agirait peu, en effet, ici nous trouvons 8 observations de garçons contre neuf de filles. La même proportion est retrouvée dans la petite enfance : cinq garçons et cinq filles. Néanmoins, la petite fille paraît légèrement plus frappée que le garçon, mais la différence est minime.

c) Les antécédents

Nous ne retrouvons aucun antécédent personnel valable pour nos observations (1 sinusite chronique et 1 diabète). Dans la plupart de nos cas, une recherche systématique n'a pas été pratiquée pour essayer de mettre en évidence "des verrues vulgaires" soit concomittant avec des condylomes péri-anaux, soit les précédant,



soit enfin les continuant.

#### d) Le contact

La recherche de notion de contact possible est plus intéressante. En effet, dans cinq cas, la mère ou la personne qui s'occupe de l'enfant présente une leucorrhée traitée ou non; dans un cas, nous retrouvons des troubles hémorroïdaires chez les parents.

Deux autres cas montrent des antécédents familiaux caractéristiques :

- une mère a des verrues plantaires et des verrues vulgaires aux mains,
  - un père a des papillomes péri-anaux, qu'il néglige pendant 10 ans,
  - une grand-mère avoue être porteuse de végétations à virus depuis plusieurs années (elle fait d'ailleurs partie de la même famille du père ci-dessus),
  - enfin, deux cas où les frères et soeurs sont atteints de verrues soit plantaires, soit vulgaires,
- donc trois cas rentrant dans le cadre typique d'une hétéro-inoculation possible.

Quant à la contamination hétérogène par les leucorrhées de la mère, nous ne pensons pas qu'il faille l'écarter catégoriquement mais, cependant, elle paraît peu probable et surtout aucune expérimentation n'a pu être entreprise pour prouver cette hypothèse.

Enfin, il y a sept cas où nous ne retrouvons aucune notion de contagement tant hétéro - qu'auto-inoculable.

#### e) Les symptômes associés

Tout d'abord, sur les neuf filles, nous retrouvons cinq vulvo-vaginites. Ce caractère est pratiquement constant et recoupe déjà les observations faites chez la femme adulte : leucorrhées souvent associées aux végétations. Le problème qui se pose est celui-ci : s'agit-il d'un critère fondamental à l'éclosion de la



maladie, ou, au contraire, s'agit-il de la conséquence d'un état tumoral en évolution ? Il ne nous est pas permis de trancher nettement en faveur de l'une ou l'autre question mais la seule chose que nous pouvons constater est que l'humidification, la macération seraient des facteurs favorisant à l'apparition de condylomes acuminés péri-anaux.

Chez deux enfants seulement, un garçon et une fille, nous avons observé l'émission de sang par l'anus.

Cet état de chose ne nous permet pas de préciser quant à l'origine de ces saignements.

Sur ces dix sept observations, quatre présentent un prurit (une fille et trois garçons). Ici ne rentre pas en ligne de compte le prurit dû aux vaginites ou aux vulvites sinon cela porterait le nombre à huit (cinq filles et trois garçons). Nous ne pensons ici qu'uniquement au prurit anal.

Mais dans tous les cas, nous ne retrouvons aucune douleur si ce n'est qu'une simple gêne quelquefois le transit intestinal est normal, il n'est que perturbé uniquement après l'application de la thérapeutique.

#### f) Le traitement

Avant de faire nos commentaires à ce sujet, nous rappellerons brièvement les différents traitements possibles de ces affections :

- podophylline, verrulyse, virustat, jacquemaire.
- la psychothérapie.
- La congélation - par neige carbonique
- par azote liquide.
- le curettage.

- la fulguration : procédé employé avec une étincelle à haute fréquence et à haute tension; elle nécessite un résonateur d'Oudin. Pour les tous petits éléments il faut toucher avec l'étincelle; pour les plus gros, piquer l'aiguille dans la verrue et



l'illuminer. Le curettage est facultatif.

- L'électrocoagulation : se pratique à haute fréquence et basse tension, au moyen d'un appareil à diathermo coagulation. Elle peut être associée au curettage.

- enfin, on utilise rarement la radiothérapie.

Pour revenir à notre propos, il n'y a qu'un aspect à considérer. D'une part, tous, sauf quatre, ont été traités par électrocoagulation sous anesthésie locale, souvent associée à un traitement médical : Verulyse, Virustat, formule Jacquemaire, et d'autre part, les autres cas ont été traités par la pommade à la podophylline, l'un avec succès, l'autre avec récurrence. Les deux derniers avec succès par congélation.

D'où la nécessité de parler maintenant des récurrences et complications.

#### g) Les récurrences et complications

Sur nos dix sept observations, nous trouvons neuf cas avec une réussite thérapeutique manifeste et cinq cas avec une, voire même plusieurs récurrences.

Le traitement employé chez ces enfants était le suivant :

- un par podophylline,
- les quatre autres par électrocoagulation.

L'ennui principal fut surtout les suites immédiates du traitement. En effet, certains de ces enfants, après leur intervention, étaient devenus constipés par "peur de la défécation", les selles étaient devenues excessivement douloureuses. Nous nous sommes aperçus de ce fait dans cinq cas.

Malgré tout, l'état général restait satisfaisant dans l'ensemble.



## h) L'histologie

Nous serons bref dans ce paragraphe car l'étude histologique et anatomopathologique pratiquée dans tous les cas après biopsie, révélait qu'il s'agissait chez tous ces enfants de formations tumorales constituées de végétations papillaires revêtues d'un épiderme hyperkératosique, tantôt hyperkératosique en surface réalisant l'aspect d'un papillome verruqueux sans signe histologique de malignité ou d'inflammation spécifique sur les lames examinées.

Quant à la région où les lésions s'étendaient, toutes les végétations siégeaient à la marge de l'anus, essentiellement à gauche et à droite parfois sur tout son pourtour.

L'anuscopie ne montrait pas d'atteinte au dessus de la ligne pectinée.

Un seul cas voyait une extension jusqu'à la racine de la verge.

## 2 - Critique sur l'aspect vénérien des condylomes

Classiquement, la contamination vénérienne des végétations papillomateuses génitales ou anales dominait et certains auteurs appliquant ces idées reçues enferraient ces patients dans le carcan des maladies vénériennes, entraînant parfois des conséquences nuisibles tant au point de vue psychique, familial que social.

Heureusement des dermatologistes, tels que Degos, Duperrat, Rudloff, constatèrent l'impossibilité de l'origine vénérienne dans les observations d'enfant ou certain cas de femme.

En Juillet 1970, Messieurs Grupper et Einseinmann en dénoncèrent également l'abus dans les Archives Françaises de Proctologie pour des raisons cliniques et biologiques quasi-évidentes.



Bien que les statistiques de Silber, Barret et Grunley, en 1954, comportant sur vingt quatre femmes atteintes par leurs maris et qui concluaient à deux choses :

- nature infectieuse de la maladie (ce qui est vrai et ne se discute pas);

- mode de transmission par les rapports sexuels,

soient sans doute valables, il nous semble qu'il faille atténuer cette dernière phrase que nous jugeons trop catégorique.

En effet, maintenant, nous constatons que l'origine vénérienne des condylomes acuminés péri-anaux est discutée, ce qui revient à poser le problème de l'auto-inoculation ou l'hétéro-inoculation. Ceci étant le point essentiel de la discussion.

Contrairement aux idées anciennes, l'hétéro-inoculation semble beaucoup moins fréquente et, quoique celle-ci soit possible, il nous paraît qu'il ne faille pas imputer ces condylomes à une origine uniquement vénérienne.

Tout d'abord, les faits expérimentaux démontrent une hétéro-inoculation possible mais pas spécialement vénérienne, nous l'avons vu plus haut dans les belles expériences de Kligmann et de Waelsch.

Pour rester dans le cadre de l'hétéro-inoculation, un argument caractéristique montre que les affections vénériennes connues n'ont aucune corrélation prouvée avec les condylomes. Pour le montrer, nous avons deux cas de sodomie : L... Alain - 22 ans et W... Roger - 49 ans, chez qui se sont développées des végétations péri-anales.

Mais là encore, nous ne pouvons dire si ces rapports homosexuels sont à l'origine de l'apparition des condylomes.

En effet, l'on ne retrouve aucun antécédent caractérisé chez les partenaires : pas de condylomes, pas de verrues connues donc, à priori, l'on ne peut affirmer l'origine vénérienne, même



dans ces deux cas-là.

Par contre, une chose semble certaine, quelque soit le sexe, l'âge, l'on retrouve toujours, et ceci est constant, une inflammation facilitant une macération. Or la macération favorise énormément l'apparition de condylome. En effet, il y a pratiquement toujours :

- chez les femmes et fillettes, une leucorrhée ou un prurit avec vulvovaginite,

- chez les hommes, il existe un prurit entraînant des lésions de grattage, ou encore, et le plus fréquemment, une anite,

- dans tous les cas, une constipation et parfois du sang dans les selles se constate,

- comme chez les adultes, les enfants présentent soit une anite, soit une vulvite (9 cas).

Et même, il est évident que dans les deux cas de sodomie vus plus haut, les contacts homosexuels ne pouvaient que provoquer et entretenir une inflammation anale mais ne prouve, en aucun cas, l'origine vénérienne.

A quoi est due cette macération ? Déjà, naturellement la zone génito-anale est une région humide, peu aérée. Si de plus un processus inflammatoire : prurit, anite, vulvite, etc... vient irriter la muqueuse, il est indéniable que la macération puisse se développer. Et ce n'est que dans ces conditions que la contamination homo ou hétéro sexuelle puisse se comprendre mais non s'expliquer.

Par contre, et ceci est le plus important, l'auto-innoculation semble plus vraisemblablement fréquente :

Tout d'abord, en pratique courante un seul partenaire est atteint. Mais surtout nous voyons la fréquence de la simultanéité de verrues et de condylomes (Audry, Bargues, Diday). A ce propos, certains dermatologistes découvraient une notion intéressante : la



fréquence d'apparition, chez les enfants voire même des adultes, de verrues (et sans doute condylomes quand ceux-ci pratiquaient la natation en piscine).

Là encore, l'humidification favoriserait la macération.

Enfin et surtout, la critique fondamentale que nous pouvons formuler à l'égard de l'origine vénérienne des condylomes acuminés est leur présence chez des enfants jeunes.

Dans trois cas sur dix sept, nous avons retrouvé, chez ces enfants, des antécédents personnels de verrues, ou verrues plantaires, mais hélas, certaines observations étant anciennes, nous n'avons pu rechercher systématiquement cette notion dans tous nos cas.



## CONCLUSIONS

-----

Au cours de notre étude, à propos des dix sept observations de condylomes acuminés péri-anaux chez les enfants, la constatation majeure, que nous pouvons formuler, est que l'auto-inoculation de ce virus ultra-filtrant semble prédominer; fréquence de plus en plus grande chez les enfants; fréquence également de la simultanéité de verrues et de condylomes, et dont l'apparition est favorisée par une macération entretenue.

Quant à l'hétéro-inoculation, quoiqu'elle existe (Kligmann), les constatations que nous avons pu recueillir à ce sujet ne nous permettent pas de penser que l'origine vénérienne soit prédominante; bien au contraire, la fréquence d'apparition de condylomes acuminés péri-anaux chez les enfants nous la fait refuter.

- - - - -



## B I B L I O G R A P H I E

=====

- DEGOS - Précis de Dermatologie
- DUPERRAT - Précis de Dermatologie
- GRUPPER - EINSENMANN - Condylomes Acuminés péri-anaux -  
Archives Françaises des Maladies de  
l'Appareil Digestif - Paris 1970.59.  
n° 7 - 8 bis
- LEJET Micheline - Végétations vénériennes et grossesse  
Thèse Paris 1956 n° 1094
- GOLDSCHMIDT et KLIGMANN - Experimental Inoculations of human  
with ectodermotropic viruses  
- The Journal of Invest. Derm. 1958-178
- DUNN - OGILVIE - Intranuclear virur particles on human genital  
wart tissue  
Ultrastructure Research 1968-22 - 282-285
- BARRET - SILBER - MAC GINLEY - Une maladie vénérienne : les  
verrues génitales.
- RUDLOFF J. - Contribution à l'étude des végétations vénériennes  
- Annales de Dermatologie et de Syphili-  
graphie - Janvier 1948 n° 90 153



- THIERS - RACOUCHOT - FAVRE - GILLY -

- Végétations vénériennes chez la mère et  
le nourrisson

- Annales de dermatologie et syphiligraphie

Juillet 45 n° 90 153

- ENCYCLOPEDIE MEDICO-CHIRURGICALE

- AUDRY - Les papillomes génitaux ne sont pas une maladie vénérienne

- Bulletin Soc. Franc. Dermato.

Juin 1932 n° 739-740

- FOOTER - Disparition spontanée dans les suites de couches d'un  
condylome massif acuminé de la vulve

- American Journal of Obst. and Gynéco.

Septembre 1944 (rapportée par Mme LEJET)

- DARIER - CIVATTE - TZWENCK - Les végétations vénériennes - Précis  
de dermatologie

- DUREL - BARAIS - HARDY - Les affections vénérologiques mineures

Revue du Praticien - Février 55 n° 114 002 A





